FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

n° 395

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Léopold KOHN

Né le 2 Octobre 1929 à Vienne (Autriche)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TESTS ALLERGOLOGIQUES

DANS LA PRATIQUE COURANTE

Président : M. R. KOURILSKY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 n°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR
Léopold KOHN

Né le 2 Octobre 1929 à Vienne (Autriche)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TESTS ALLERGOLOGIQUES

DANS LA PRATIQUE COURANTE

Président : M. R. KOURILSKY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique cardiologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	GORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	BIGARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Baudelocque	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Cliniques thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
Médecine	L'HERMITTE (F.)
Médecine	PÉQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) GOUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) COUVEUR (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU (L.), m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Cancérologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	DIVATTE (J.) DUPERRAT (S.)
Electro-Radiologie	LACOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERODERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) QUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYQUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (E.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAPOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUCHET (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	TRICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents,

dont le dévouement m'a été un exemple.

A ma Femme,

A ma Fille.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0019

A Monsieur le Professeur KOURILSKY

Qui nous fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur TABART

A Monsieur le Docteur BURTIN

qui ont bien voulu corriger cet ouvrage.

A Monsieur le Docteur GREFF

sous sa patiente direction, nous avons appris notre métier.

LES TESTS ALLERGOLOGIQUES

DANS LA

PRATIQUE COURANTE

I N T R O D U C T I O N

Dans un article paru en 1951, le Professeur PASTEUR VALLERY RADOT attribuait à des allergènes respiratoires exogènes trente pour cent des asthmes dans nos régions. On pourrait discuter le terme "exogène" mais en tout état de cause ce chiffre est actuellement très dépassé.

Tout récemment, au cours d'une séance de la Société de Médecine de Strasbourg, le Professeur WOLFROMM jugeait allergiques quatre vingt pour cent des asthmes, cependant que le Professeur WARTER faisait état de soixante pour cent de tests positifs dans ses services.

Le dépistage de plus en plus fréquent des allergies respiratoires tient au développement des méthodes de recherches par tests cutanés. Ce développement est intéressant sur le plan pratique par les conséquences thérapeutiques qu'impliquent ces recherches.

En effet, la conséquence directe de la découverte des allergènes en cause est l'essai de désensibilisation, ou plutôt d'accoutumance, de l'organisme à ces allergènes.

Il nous a paru intéressant d'essayer de tirer les enseignements de la pratique de ces techniques dans un centre non spécialisé. Nous avons en effet plus de cent cas testés dans un service de Pneumophtisiologie banal. Ce travail a été fait sans personnel spécialisé, parallèlement aux autres activités du service, et s'intègre parmi

elles.

Il peut être utile de déterminer dans ces conditions, la valeur de la méthode, son efficacité, et dans quelle mesure elle peut donner des résultats seule, ou en collaboration avec un centre spécialisé.

La réaction allergique est la conséquence d'un conflit entre l'allergène et un homologue appartenant à l'organisme. Ce dernier élément peut être désigné par le terme d'anticorps, en raison de son rôle, mais ces anticorps ne sont pas à confondre avec les anticorps microbiens.

Ce conflit se déroule au niveau d'une des barrières entre l'organisme et le monde extérieur. Ces barrières sont essentiellement au nombre de trois:

- l'arbre respiratoire,
- la peau et ses annexes,
- le tube digestif.

A leur niveau, la réaction allergène-anticorps produit des intermédiaires humoraux (histamine, substances histamine like, héparine) qui provoquent les réactions dans des organes effecteurs.

Les expériences ont montré que selon les espèces, ces organes effecteurs varient. Lorsqu'on provoque des chocs anaphylactiques chez différents animaux, les premières manifestations sont :

- chez le cobaye, une contraction des muscles lisses des bronches;
- chez le lapin un blocage des artérioles pulmonaires;
- chez le chien un blocage de la veine sus hépatique.

Le principe des tests allergologiques cutanés implique donc

l'entrée de l'allergène par une barrière autre que celle où se produit normalement le conflit chez les allergiques respiratoires, ce qui peut expliquer le pourcentage de tests négatifs chez des sujets présentant une allergie respiratoire cliniquement typique.

Chez ces sujets le seul test absolument certain est l'inhalation de l'allergène qui semble en cause en vue de provoquer les réactions pathologiques habituelles. Ce test n'est pas susceptible d'être pratiqué couramment. Il donne pourtant des résultats intéressants surtout s'il est pratiqué parallèlement à des épreuves fonctionnelles respiratoires après inhalations de quantités dosées de substances cholinergiques.

On peut ainsi déterminer un rapport :

sensibilité cholinergique/sensibilité à l'allergène,

qui permet de chiffrer la sensibilité allergique.

Tout cela nous semble difficile à réaliser dans les conditions que nous avons exposées plus haut et nous bornerons notre exposé à notre expérience en ce qui concerne les tests cutanés.

I - TECHNIQUE ET ORGANISATION

Les conditions matérielles dans lesquelles nous travaillons sont intéressantes dans la mesure où elles reflètent des conditions banales d'exercice de la spécialité dans un centre Hospitalier de province ou en clientèle privée.

Un certain nombre d'impératifs ont conditionné l'organisation de cette consultation.

En premier lieu, vient un facteur de principe qui nous parait important. Le fait que l'asthmatique soit considéré par les pouvoirs publics comme un malade banal nous oblige à veiller à ce que cette technique, qui d'emblée s'étale dans le temps, ne soit pas inaccessible à la clientèle normale, c'est à dire aux travailleurs et assurés sociaux, chez qui l'efficacité professionnelle est déjà très perturbée par la maladie.

Ceci joint au fait que dans la plupart des centres moyens de province, la zône d'action couvre souvent au moins une bonne partie d'un département, nous a incité à ne pas multiplier les séances consacrées à l'exploration. De ce fait, nous ne rebutons pas trop les malades qui doivent venir de l'extérieur et nous limitons un peu l'absentéisme. Nous verrons plus loin comment cette concentration est possible avec la théorie en raison des limitations que nous nous imposons.

Le fait que nous avons du intégrer cette technique dans l'ensemble des activités du service sans pouvoir lui consacrer de locaux

ou de personnel particuliers, nous a amené fatalement à une standardisation de notre procédure, standardisation qui nous a paru au début un peu hérétique. Nous verrons qu'elle aussi se justifie mieux à la lumière de notre expérience.

Pratiquement, nous procédons de la façon suivante. Le premier contact avec le malade consiste en un interrogatoire soigneux. Cet interrogatoire suit un plan très strict, explorant en détails l'histoire de la maladie, les antécédents personnels et héréditaires et les circonstances matérielles entourant la vie personnelle, sociale et professionnelle du malade. Il nous a paru cependant important de faire une distinction ici entre notre questionnaire et les réponses du sujet; autant le premier est planifié de notre part, autant nous laissons au malade une grande latitude. En effet, si ses digressions sont souvent sans grande utilité, dans un nombre non négligeable de cas elles apportent une précision précieuse, soit dans l'orientation de l'examen, soit en expliquant ou confirmant sur le plan clinique un résultat des tests.

Après cet interrogatoire, nous pratiquons la première séance d'exploration cutanée. Cette première séance est la plus systématisée de toutes. Elle est absolument identique pour tous les sujets et couvre le plus de terrain possible.

Son plan est le suivant :

- exploration des poussières comprenant les poussières domestiques et quatre mélanges de poussières d'origine animale et végétale.

- un mélange de pollens

- trois mélanges de moisissures

- sept mélanges d'aliments divers

Toutes ces explorations se font par voie de cuti-réactions. Les solutions étant toutes de même nature, elles ne nécessitent qu un témoin au solvant.

Une deuxième séance nous permettra de pousser ces investigations en décomposant les mélanges qui ont provoqué une réaction ou en permettant de tester des produits qui ne font pas partie du lot standard mais qu'auront évoqué l'interrogatoire.

En cas de besoin, cette deuxième partie pourra être décomposée en deux ou trois séances.

Nous donnons en annexe la liste des allergènes que nous utilisons.

Le matériel que nous utilisons est extrêmement simple.
Il comporte pour les cuti-réactions des vaccinostyles de modèle courant en tubes de verre de deux ou trois unités.

Pour les intra-dermo réactions, nous utilisons des seringues de 1 cc graduées en centièmes (seringues à tuberculine). Au début, nous utilisions une même seringue par sujet en rinçant celle-ci par trois fois. Cette méthode est très longue et nous avons jugé plus avantageux de changer de matériel pour chaque injection. Nous utilisons à cet effet les seringues toutes montées, groupées par cinq dans des boites plates métalliques.

La lecture des résultats se fait après, une attente d'un quart d'heure. L'échelle de notation est celle indiquée par le laboratoire fournisseur des solutions que nous utilisons. Elle correspond bien aux résultats que nous observons, nous la donnons en annexe.

Tous nos examens standards sont faits à la face antérieure de l'avant-bras. Cette région est en effet à la fois facilement accessible et couverte d'une peau fine et peu kératinisée, même chez des travailleurs de plein air.

II - DISCUSSION DE NOS METHODES

Quatre points de notre technique nous semblent devoir se justifier plus amplement. Ce sont :

- le choix de notre liste d'allergènes,
- notre préférence pour les cuti-réactions
- le fait que nous ne parlons pas des réactions tardives,
- le fait que nous n'utilisions pas plusieurs concentrations.

Notre liste d'allergènes est conditionnée avant tout par le laboratoire anglais fournisseur. Nous avons évidemment retenu d'abord ses groupes standards tels qu'ils sont classés pour la France. Ce sont tous les pollens dont la liste est bien systématisée. Les poussières ensuite sont utilisées comme nous l'avons dit plus haut sous forme de quatre groupes plus les poussières domestiques. En dehors des groupes standards, notre liste comprend les bois pour lesquels nous avons trouvé suffisamment de résultats positifs. Enfin, en raison du caractère industriel spécial de notre région, notre équipement comprend aussi : la poussière de charbon, la poussière de ciment, les sels de cuivre et de nickel. Enfin, nous avons encore retenu le cuir, le plâtre et le caoutchouc.

Les moisissures sont aussi complètes que possible, d'autant plus que le climat de notre région est particulièrement humide. En ce qui concerne les aliments nous avons adopté la liste en sept groupes du laboratoire en ajoutant simplement les levures, le chocolat et la chicorée, ainsi qu'un mélange de fromages, le camembert seul semblant

réduire le problème selon une optique trop anglaise du Français conventionnel.

Notre préférence pour les cuti-réactions n'est pas le fait d'une simplification à l'extrême. Elle découle de notre expérience personnelle selon les critères dont nous avons déjà parlé. Il est indéniable que les tests intradermiques sont plus sensibles que les cuti-réactions, mais pour nous, c'est là que réside leur défaut. Lorsqu'ils sont très fortement positifs, les cuti-réactions donnent elles-mêmes des résultats indiscutables. Lorsqu'ils sont négatifs, la question ne se pose pas. Restent les résultats douteux à la cuti-réaction. Dans ces cas, nous n'avons pratiquement jamais vu la question se trancher nettement à l'intra dermo réaction. En effet, dans la majorité des cas, le témoin intradermique réagit légèrement. Il est souvent plus difficile de dissocier un témoin réagissant un peu et un test réagissant un peu plus, que de distinguer une réaction douteuse par cuti d'un témoin qui réagit beaucoup moins souvent.

Nous verrons au chapître des résultats que les désensibilisations entreprises globalement sur des résultats douteux des tests donnent des résultats décevants ce qui enlève beaucoup d'intérêt pour nous à ces réactions limites. Nous profitons encore de cette occasion pour préciser que tout ce qui précède n'est valable que dans les conditions de travail que nous avons déterminées au départ. Nous sommes persuadés que dans une consultation spécialisée, avec des malades que l'on peut suivre pendant longtemps, on a la possibilité de faire des désensibilisations dissociées. A ce moment, une fois qu'on a mis en route le traitement aux allergènes auxquels le sujet réagit fortement, il est au contraire intéressant de s'attaquer aux produits auxquels le malade réagit peu. Mais cette technique sort de notre sujet.

Il nous reste à parler des réactions tardives dont nous n'avons pas fait mention jusqu'ici. Dès le début de notre pratique des tests cutanés, nous avons eu l'occasion de nous poser la question. La lit-

térature du laboratoire qui nous fournit les allergènes est assez précise à ce sujet, lecture des résultats après environ quinze minutes, les réactions observées dans les quarante huit heures suivantes étant sans valeur. Nous avons conservé cette doctrine avec une parfaite tranquillité d'esprit jusqu'au jour où nous avons entendu le Professeur LAMY de Nancy, exposer ses critères. En effet, ce dernier lit ses tests pendant les trois jours qui suivent, et en ce qui concerne les moisissures, ne considère comme valables que les tests restant positifs dans les vingt quatre heures qui suivent l'examen. Mais l'observation de nos résultats a mis en évidence, pour notre part, une quantité tellement négligeable de résultats tardifs, que nous n'avons pas changé nos méthodes.

Il faut cependant faire une exception. Les tests aux hormones chez les femmes en activité génitale donnent dans un nombre non négligeable de cas des résultats durables ou même itératifs, en fonction de leur cycle. Nous en reparlerons plus loin.

Enfin, on nous reprochera surement le manque de rigueur que représente l'emploi pour chaque allergène d'une solution de concentration unique. Il est certain que la détermination de la concentration à partir de laquelle le sujet réagit est un renseignement important. C'est d'ailleurs là que les intradermo-réactions de concentration étagée peuvent être les arbitres de réactions douteuses. Mais l'utilisation d'une échelle de concentrations alourdit fortement la procédure de nos tests.

Nous avons exposé dès le début de notre travail, les conditions pratiques que nous avions décidées de nous imposer pour des raisons de maniabilité. Ici nous nous heurtons à une difficulté importante.

En effet, si nous adoptions ces échelles nous ne pouvions pas nous limiter comme nous le désirions. Mais en les abandonnant, nous rendions notre expérience infiniment moins scientifique. C'est ce-

pendant cette solution que nous avons adoptée en fonction du raisonnement suivant : ou bien nous obtenions des résultats satisfaisants et nous considèrerions nos échecs comme imputables aux défauts de notre méthode et nous les adressions à un centre mieux équipé; ou bien les résultats nous amenaient à revoir notre position. La suite de cet exposé montrera, pensons-nous, que nous ne nous sommes pas trop lourdement trompés.

INCIDENCES FINANCIERES

Nous avons travaillé dans une région (l'Alsace-Lorraine) qui du fait de certains statuts administratifs spéciaux, peut être considérée comme une région test des rapports entre les corps médical, les malades et les caisses de maladie, que ce soit le régime général ou les régimes particuliers (mines, S.N.C.F., etc...).

Depuis des décades, il est pratiquement impossible et impensable de pratiquer une technique qui ne soit pas remboursée normalement. Ceci nous a mis d'emblée dans des conditions qui sont de plus en plus celles de la Médecine courante dans tout le pays.

Jusqu'à la parution de la nouvelle nomenclature (Arrêté du 4 Juillet 1960), rien n'était prévu pour les tests. Dans certaines régions des caisses avaient admis un paiement forfaitaire à K 12 ou K 13 semble-t-il, mais ce n'était absolument pas généralisé. La cotation normale était PC 1,5 + PC 0,75 par séance, quel que soit le nombre de tests pratiqués. La première séance seule, avec examen et interrogatoire pouvait donner lieu à un C (1 ou 2 selon le rang du testeur) si on respectait l'orthodoxie caissière.

En fait, là où les caisses faisaient respecter leurs règlements la technique des tests cutanés était impraticable pour le Médecin praticien ou le spécialiste à son cabinet. Elle n'était possible que dans le cadre hospitalier où la rentabilité est secondaire.

La nouvelle nomenclature prévoit un K 8 ou un K 12 pour trois séances, selon que l'examen évite ou comprend des tests intra-dermiques. Dans le meilleur cas, K 12 pour une heure et demi environ de travail, l'amortissement du matériel et le renouvellement des solutions, reste une cotation peu favorable au développement de cette technique, mais en permet cependant la pratique. Cette nouvelle cotation est assortie de l'obligation de rédiger un bulletin d'information. Si on ne pratique pas l'intra-dermo réaction systématique pour raisons financières, on retrouve un avantage de notre systématisation des tests. En dehors de certains examens spéciaux, hormones, bactéries, insectes, ce sont essentiellement les détails des séries de moisissures qui se font en intra-dermo. La première séance ne comprend que des cutis et l'interrogatoire. A son issue, on peut, en connaissance de cause, rédiger le bulletin d'information à la cotation convenable.

Les solutions de désensibilisation spécifiques sont remboursées comme des préparations magistrales et ne posent donc aucun problème malgré leur prix relativement élevé.

Enfin, les injections de solutions de désensibilisation bénéficient depuis la dernière nomenclature d'une cotation spéciale à K 3.

LA DESENSIBILISATION

Une fois l'exploration allergologique terminée, nous renvoyons le malade à son médecin traitant. C'est ce dernier qui, nos résultats et nos conclusions en main, décide finalement de la commande de la solution de désensibilisation et pratiquera le traitement.

Ceci permet de réduire les déplacements et maintient une bonne liaison entre le praticien et le spécialiste. Cette méthode a, en outre, l'avantage de donner la décision à celui qui saura le mieux:

- si le malade est susceptible d'avoir la patience et la ténacité d'aller jusqu'au bout du traitement;

- quelle progression adopter au début du traitement en fonction des données personnelles au malade.

Dans les conclusions qui accompagnent nos résultats nous nous bornons à dire si ceux-ci nous semblent justifier ou non cette méthode de traitement. Pour cela nous ne considèrons que les réactions franches et indiscutables.

Ainsi, après avoir exposé notre technique et l'avoir discutée selon certains postulats, nous allons essayer d'analyser nos résultats pour la justifier dans les faits.

RESULTATS CHIFFRES

Si nous considèrons les groupes d'allergènes nous pouvons faire état de résultats qui se présentent comme suit :

Nous avons sélectionné parmi les 140 examens d'asthmes ou de rhinites que nous possédons les cas pour lesquels nous avons suffisamment de données. Ce tri fait, il nous reste un total de :

126 cas dont 87 présentent des résultats positifs, soit 69%

Parmi ces 87 cas positifs, nous trouvons par ordre de fréquence:

- les poussières domestiques avec 50 résultats positifs
- les allergènes alimentaires avec 49 résultats positifs
- les moisissures avec 36 résultats positifs.
- les pollens avec 33 résultats positifs
- les poussières d'origine animale avec selon les espèces 12 à 31 résultats positifs,
- les poussières d'origine végétale ou textile avec moins de 13 résultats positifs.

Mais ce classement n'est pas satisfaisants. En effet, les résultats des allergènes alimentaires par exemple, se dispersent parmi de nombreux aliments, alors que les poussières domestiques ne constituent qu'un test mais réagit chez près de 60 % des sujets positifs.

Un autre écueil à cette classification est la concentration plus ou moins grande des tests positifs à l'intérieur d'un groupe. Il est

anormal de classer un groupe dans lequel de nombreux sujets réagissent à peu de tests avant un autre où peu de sujets réagissent massivement. Nous avons donc essayé une autre classification : nous considèrons dans chaque groupe la moyenne des résultats de chaque allergène. Ceci nous donne les résultats suivants :

- d'abord, toujours les poussières domestiques avec 50
- ensuite viennent les allergènes animaux avec 21
- les pollens donnent 12
- les moisissures donnent 11
- les aliments ne donnent que 5
- les poussières végétales gardent leur dernière place avec 4.

Mais ce classement ne reflète pas encore la vérité. En passant en revue les groupes classés, on s'aperçoit qu'ils sont tous sensiblement homogènes sauf le groupe des pollens. Si les pollens d'arbres et de plantes herbacées ont des résultats à peu près identiques, les pollens de graminées eux, se détachent nettement, si bien que nous adopterons le classement suivant :

1 - poussières domestiques, 50, soit 57,5 %
2 - pollens de graminées, 22, soit 25,2 %
3 - poussières animales, 21, soit 24,1 %
4 - moisissures, 11, soit 12,6 %
5 - pollens autres que de graminées, 10, soit 11,5 %
6 - aliments, 5, soit 5,75 %
7 - poussières végétales et tectiles, 4, soit 4,5 %

Il est évident que notre statistique ne porte pas sur suffisamment de cas pour que nos pourcentages soient absolus, et les décimales ne correspondent pas au pourcentage d'erreur tel que des mathématiciens le concevraient. Il nous faudra donc conclure cette statistique des groupes par une approximation plus large. Nous pouvons affirmer que les poussières domestiques correspondent à environ 50% des résultats positifs, que les pollens de graminées et les pous-

sières d'origine animale en représentent à peu près le quart. Les moisissures et les autres pollens réagissent dans un dixième des cas où les sujets se montrent allergiques cependant que pour les aliments et les poussières végétales et textiles, le pourcentage descend aux environs de 5 %.

Les résultats bruts des groupes sont exposés en l'annexe III. Avant de reprendre le détail de nos résultats, nous examinerons l'annexe IV qui résume les chiffres obtenus avec les allergènes que nous ne faisons qu'occasionnellement. Ils ne peuvent donner lieu à une statistique générale mais un groupe mérite cependant une discussion, ce sont les tests bactériens. Leur valeur en allergologie est discutée. Si on ne nie guère l'existence d'allergies microbiennes, certains auteurs cependant ne pensent pas que les tests intradermiques permettent de les dépister. Ils se fondent sur des statistiques de tests microbiens faits sur deux groupes équivalents de sujets, les uns présentant cliniquement une allergie de ce type, les autres en étant cliniquement exempts. Or, les pourcentages de sujets réagissant aux divers germes sont les mêmes dans les deux groupes et correspondent à peu près à la fréquence des contacts normaux avec ces germes.

Notre expérience aurait tendance à confirmer ces conclusions à l'occasion de constatations assez surprenantes au premier abord.

En effet, nous enregistrons avec les brucellas des résultats sans rapport avec ceux correspondant aux autres germes. 62 % des sujets testés sont positifs aux brucellas. Parmi ces sujets quelques uns réagissent aussi à d'autres germes; ils représentent une proportion voisine à celle des autres résultats bactériens. Par contre, à peu près 50 % des sujets testés réagissent aux seules brucellas. Or nous nous trouvons dans une région où les brucelloses sont très fréquentes et où le lait provient souvent de bêtes immunisées. Il semble donc que ces résultats correspondent essentiellement à la relative fréquence de la présence du germe dans les organismes.

Si nous considèrons maintenant l'annexe V nous pouvons vérifier les résultats déjà exposés. Laissons en dehors les poussières domestiques dont la prééminence n'est plus à prouver.

Entre 20 et 30 % des résultats positifs nous trouvons tous les pollens de graminées et 8 des 11 pneumallergènes d'origine animale; sur les trois restants de ce groupe, l'un, les fourrures, représente plus de 30 % des résultats positifs, et seuls les pneumallergènes d'origine chevaline et caprine se retrouvent dans le groupe suivant.

Entre 10 et 20 % nous retrouvons, outre le cheval, et la chèvre, 23 des 27 pollens d'arbres et de plantes herbacées et 14 sur les 18 tests aux moisissures. Parmi les pollens ceux qui ne se conforment pas à la règle sont ceux de la bruyère, des troènes, de la verge d'or et un conifère. Parmi les moisissures, ce sont le chaetonium, l'épicoccum, le fusarium et pullularia, qui constituent les exceptions qui confirment la règle. Nous trouvons dans ce groupe également quelques aliments : l'avoine, certains poissons et les crevettes, les haricots, la moutarde et le persil, mais aucun pneumallergène d'origine végétale ou textile.

Entre 5 et 10 % ce sont essentiellement les aliments et en dessous de 5 % surtout les allergènes végétaux et les fruits.

Ces résultats confirment donc le classement que nous avons établi par groupes.

AUTRES RESULTATS

Si les résultats qui précèdent ont une valeur essentiellement statistique, étudions d'autres données fournies par nos dossiers.

Une étude de l'âge de nos 126 cas nous permet d'aligner les chiffres suivants :

- de 0 à 10 ans, 15 cas, dont 10 positifs soit 66 %
- de 11 à 20 ans, 28 cas dont 23 positifs soit 82 %
- de 21 à 30 ans, 21 cas dont 13 positifs, soit 62 %.
- de 31 à 40 ans, 30 cas dont 19 positifs soit 63 %
- de 41 à 50 ans, 14 cas dont 13 positifs soit 93 %,
- de 51 à 60 ans, 14 cas dont 8 positifs, soit 57 %
- au-dessus de 60 ans, 4 cas dont 1 positif, soit 25 %.

Il ressort de ces chiffres que les résultats présentent une certaine constance, quel que soit l'âge avec des périodes que l'on pourrait qualifier de "meilleur rendement". Ces périodes sont celles de 41 à 50 ans. Au-delà de 60 ans, la proportion de résultats positifs baisse considérablement; il est cependant difficile de faire état de ces derniers chiffres avec sécurité, étant donné la petite quantité de cas dont ils relèvent.

Une autre étude mérite d'être faite en fonction de l'âge de l'affection ayant provoqué la recherche des réactions cutanées aux allergènes. Nous possédons ces renseignements pour 72 cas. Les chiffres se présentent de la façon suivante :

- malades depuis moins de un an, 20 cas, dont 12 positifs, soit 60 %
- malades depuis un à deux ans, 6 cas, dont 5 positifs, soit 83 %
- malades depuis 2 à 3 ans, 10 cas dont 5 positifs, soit 50 %
- malades de 3 à 5 ans, 4 cas dont 2 positifs, soit 50 %.
- malades de 5 à 10 ans 16 cas dont 10 positifs soit 62,5 %
- malades depuis plus de 10 ans 16 cas dont 11 positifs soit 76 %

Ici encore, contrairement à ce que l'on croyait au début, les malades ne semblent pas réagir plus lorsque l'affection est plus récente.

QUELQUES PROBLEMES PARTICULIERS

Un problème qui se pose souvent est la valeur des tests microbiens et des tests aux moisissures. En ce qui concerne les épreuves aux bactéries, nous avons déjà exposé nos chiffres et notre interprétation. Reste le problème des tests aux moisissures. Pour certains ceux là aussi peuvent difficilement mettre en évidence une allergie. Ils seraient plutôt le témoin d'un contact avec les moisissures en cause. Mais d'autres auteurs par contre croient que les tests aux moisissures sont le témoin d'une allergie à ces organismes. Les pollinoses d'après eux, seraient relayées dans le temps par ces allergies. Ainsi, une affection due aux pollens serait prolongée par les sensibilités aux moisissures.

Nous avons recherché parmi nos cas une confirmation de ces faits. Nous avons déjà fait état de nos chiffres :

- 33 sujets sensibles aux pollens,
- 36 sujets sensibles aux moisissures,

Nous avons compté sur ces chiffres 14 sujets entrant à la fois dans les deux catégories. Dans notre statistique donc 42 % des pollinoses sont sensibles aussi aux moisissures, et ces sujets sensibles aux deux groupes d'allergènes représentent 39 % des sujets sensibles aux moisissures. Il nous semble que ces chiffres sont suffisants pour établir un rapport entre ces deux sensibilités.

Par ailleurs des malades peuvent présenter des asthmes aux moisissures. Nous évoquerons à ce sujet une observation de notre série:

Madame C..., âgée de 43 ans, présente depuis quelques mois des crises de dyspnée essentiellement nocturnes et presque quotidiennes.

La malade habite une petite maison située dans la vallée de la Moselle. Cette maison est très humide, les papiers se décollent, mais elle fait remarquer qu'il existe un premier étage non occupé et qui est moins humide. Par ailleurs, lorsqu'il pleut, elle ne fait pas de crises. Les tests mettent uniquement en évidence une sensibilité à certaines moisissures.

Avant la fin de l'exploration, elle décide d'aménager une chambre à coucher dans son premier étage. Depuis elle ressent encore souvent une gêne respiratoire, mais ne fait presque plus de crises.

A la lumière de ces faits, nous pensons pouvoir verser les résultats de notre expérience au crédit de la thèse faisant des tests aux moisissures le témoin d'une allergie à ces organismes.

Nous serons cependant plus prudents en ce qui concerne un cas particulier. Il s'agit des tests aux trichophyton. Pratiquement, nous avons toujours trouvé, lorsqu'il est positif, une trichophycie, généralement unguéale d'ailleurs. Il est possible que dans ce cas, il s'agisse plus d'un test diagnostique que d'une allergie.

Un problème voisin se pose pour les tests aux parasites. Avant de discuter de la valeur des tests, il conviendrait de définir déjà ce qui revient à l'allergie dans les manifestations même des parasitoses. Ce problème dépasse le cadre de notre exposé et, comme notre statistique dans ce domaine est trop pauvre pour prétendre en tirer des conclusions, nous n'irons pas plus avant.

Enfin, il nous reste à parler des tests aux hormones. Ici notre

expérience aussi est trop limitée pour nous permettre d'épiloguer.

Nous ne pouvons apporter que quelques faits d'observation.

D'abord, ces tests nous semblent les seuls dont l'action persiste de façon presque systématique. Il est fort possible que le véhicule huileux serve dans ces cas de support retard. Toujours est-il que nous avons plusieurs fois observé, non seulement une persistance assez longue des réactions, mais encore une recrudescence de certaines lorsque le cycle amène une imprégnation plus importante. Ce fait semble le plus fréquent au cours des tests à la progestérone, qui est d'ailleurs l'hormone à laquelle on note le plus de réactions.

Les chiffres sont exposés en annexe IV.

LA DESENSIBILISATION

Nous avons conservé ce terme en raison de son classicisme, mais comme nous l'avons déjà dit plus haut, il ne s'agit en fait que d'un essai d'accoutumance de l'organisme aux allergènes, une espèce de mithridatisation. Ce fait est en quelque sorte attesté par la persistance de réactions positives aux tests après des cures couronnées de succès.

Voyons d'abord à quels résultats on peut arriver. Pratiquement comme théoriquement il n'est pas question de guérir complètement et définitivement la maladie mais de procurer au malade une atténuation notable de la fréquence et de l'intensité des crises.

Nous avons commandé des traitements pour 38 malades sur les 126 dont nous faisons état, soit 30 pour cent. Nous pouvons difficilement tirer des enseignements de ces chiffres car, comme nous l'avons dit déjà, ce sont les médecins traitants qui décident de l'application de la thérapeutique. Ils ont pour critères nos tests, mais aussi un facteur important : le malade lui-même. Pour pouvoir appliquer la méthode avec un minimum de chances de succès ce dernier doit comprendre de quoi il s'agit et se prêter pendant au minimum un an à dix huit mois à des séries d'injections systématiques. Il est des sujets qui ne s'y prêteront jamais, par principe ou par négligence, et le médecin traitant seul, qui les connait bien, est en mesure de le prévoir.

Nous n'avons pas eu les moyens pratiques de contrôler les ré-

sultats un à un. Dans l'ensemble, les résultats sont bons. Nous pouvons l'affirmer au vu du volume des commandes de solutions d'entretien, du volume croissant des sujets qui nous sont envoyés par les médecins qui ont pratiqué des traitements.

Nous utilisons des solutions comprenant plusieurs allergènes.

Cette technique nous a cependant gênés à plusieurs reprises, les sujets nous étant revenus pour la raison suivante :

A partir d'un seuil, généralement bas, on ne peut plus continuer à faire croître les doses en raison de réactions générales.

Ces cas, si le malade peut et veut persévérer, sont justiciables de traitements parallèles aux différents allergènes en cause, en faisant varier les doses séparément pour chacun. De cette manière, on pratique le traitement normalement pour les allergènes pour lesquels cela est possible (et de ce fait on peut déjà obtenir une amélioration partielle) et pour les autres, on progresse plus lentement selon les possibilités.

Parmi les solutions utilisées :

- 25 contiennent des poussières domestiques soit 65,8 %
- 32 contiennent des pneumallergènes animaux ou végétaux soit 84,2 %
- 14 contiennent des pollens de graminées soit 36,8 %
- 15 contiennent des autres pollens soit 39,5 %
- 20 contiennent des aliments soit 52,9 %
- 12 contiennent des moisissures soit 31,6 %

Nous remarquons de suite que ces pourcentages ne correspondent ni aux résultats des tests, ni aux allergènes donnant les meilleurs résultats. Ceci est dû au fait que nous rappelons une fois de plus que les gens désensibilisés ont été choisis selon des critères personnels, sans rapport avec les tests. Nous ne pouvons donc là encore tirer de conclusions valables.

C O N C L U S I O N

Nous avons exposé au cours de ce travail l'expérience que nous avons tenté de pratiquer des tests allergologiques, chez des allergiques respiratoires, selon des méthodes que nous avons essayé d'adapter aux conditions de travail qui étaient les nôtres.

Il s'agissait de concilier les principes de ces tests avec la pratique pneumologique courante, ses impératifs économiques et pratiques qui la différencient du même travail pratiqué en vue de la recherche.

Nous avons été obligé de ce fait d'adapter nos méthodes selon des postulats qui ne relèvent pas de la rigueur scientifique. Il s'agit en quelque sorte d'une technique de compromis.

Les résultats que nous obtenons sont cependant comparables, avec une approximation suffisante, à ceux de la majorité des auteurs et nous permettent de penser que notre méthode ne comporte pas de vice rhédibitoire.

NOUS DONNONS DONC UN TABLEAU DE CE QUE PEUT ETRE LA METHODE DES TESTS ALLERGOLOGIQUES DANS LA MEDECINE COURANTE.

Comme dans la plupart des disciplines médicales actuelles, notre méthode est valable dans un certain nombre de cas; elle permet de pratiquer un tri parmi les malades qui s'en réclament, en vue d'adresser ceux qui nous dépassent à des centres plus spécialisés.

Enfin, ce qui justifie l'usage de cette méthode en médecine courante est son inocuité. En trois années, temps sur lequel s'étend cet essai, nous n'avons jamais observé, ni pendant l'exploration, ni pendant les traitements (et ce dernier point est capital) de réaction ayant nécessité l'intervention du médecin.

A N N E X E I

LISTE DES ALLERGENES

Groupes	Détail	Suppléments
Poussières domestiques		
poussières 1	plumes cheval chat chien iris (racine) tabac (fumée)	charbon ciment (poussières) cuir plâtre caoutchouc sels de cuivre sels de nickel acajou bois blanc noyer chêne okoume
poussières 2	lapin mouton (toison) fourrures bovins cheveux chèvre chameau	
poussières 3	soie coton (bourre) kapok laine (textile) crin végétal nylon soie artificielle fibres de lin	
poussières 4	farine de céréales poussière de grains poussière de boulangerie fibres de jute graines de lin coton (graines) ricin (graines)	

Annexe I (suite)

Aliments 1	Froment avoine orge maïs seigle riz sarrazin	levure de boulanger levure chimique
Aliments 2	blanc d'oeuf jaune d'oeuf lait fromage de camembert	chocolat fromages mélangés
Aliments 3	viande boeuf et veau viande de porc viande mouton agneau volailles	
Aliments 4	sole maquereau crevettes moules	
Aliments 5	pommes de terre haricots laitue moutarde oignon persil betterave concombre	
Aliments 6	agrumes pêches fraises pomme banane groseille olive noix châtaigne	

Annexe I (suite)

Aliments 7	jus de raisin café torréfié houblon	chicorée
Moisissures 1	altenaria tenuis aspergillus clasdosporium herbarum neurospora sitophila mucor penicillium	
Moisissures 2	chaetonium globosum epicoccum purpurascens fusarium pullularia pullulans botrytis cladosporium merulius pastilago saccharomyces psalliota	
Moisissures 3	candida albicans	
Moisissures 4	trichophyton	
Pollens 1 (plantes herbacées	aster bruyère aubépine oeillet troène lupin plantain lancéolé rosier verge d'or armoise oseille arroche ortie	

Annexe I (suite)

Pollens 2 (graminées)	flouve odorante avoine dactyle ivraie phléole des prés paturin	fleurs de printemps fleurs du début de l'été fleurs du milieu de l'été fleurs de la fin de l'été
Pollens 3 (arbres)	érable bouleau noisetier frêne platane sapin chêne saule tilleul orme maronnier robinier peuplier hêtre	
Hormones	folliculine progestérone testostérone	
Bactéries	- pneumocoque, Fraenkel, Lancefield, Salivarius - coryza, grippe, Friedlander - Brucellas - Streptocoque viridans - biacutus fusiforme, escherichia coli, pyocyanique, pyogène du boeuf, staphylocoque blanc	
Insectes et parasites	abeille fourmi guêpe moustique ascaris trichomonas	
Médicaments	chloramphenicol dihydrostreptomycine pénicilline histamine	

A N N E X E I I

ECHELLE DE LECTURE DES RESULTATS

	cuti-réaction	intra dermo-réaction
-	absence de papule, érythème ne dépassant pas 1 mm de part et d'autre de la scarification	pas d'augmentation du bouton depuis l'injection, pas d'érythème
+	pas de papule, érythème de 1 à 3 mm de part et d'autre de la scarification	bouton transformé en papule de moins de 5 mm de diamètre entouré d'un érythème
++	papule de moins de 3 mm de large ou entourée d'un érythème de moins de 5 mm de part et d'autre de la scarification	papule de 5 à 8 mm de diamètre entourée d'un érythème
+++	papule de 3 à 5 mm de large avec érythème	papule de 8 à 12 mm de diamètre entourée d'un érythème, avec ou sans pseudopodie
++++	toutes réactions plus importantes	toutes réactions plus importantes.

A N N E X E I I I

RESULTATS PAR GROUPE D'ALLERGENES

Les pourcentages sont donnés par rapport aux 87 tests positifs.

- Poussières domestiques	50	57,6 %
- Aliments	49	56,3 %
- Moisissures	36	41,4 %
- Pollens	33	37,9 %
- Pneumallergènes animaux	12 à 31	13,8 % à 35,6 %
- Pneumallergènes végétaux autres que les pollens	0 à 8	0 à 9,2 %

N.B. Les pneumallergènes animaux et végétaux étant mélangés au sein des groupes, nous ne pouvons donner de façon valable que des chiffres individuels et non des résultats globaux par groupes.

A N N E X E I V

RESULTATS DES TESTS NON SYSTEMATIQUES

BOIS		HORMONES		INSECTES ET PARASITES	
Acajou	1	Folliculine	4	Abeille	0
Bois blanc	3	Progestérone	9	Fourmi	6
Noyer	2	Testostérone	5	Guêpe	2
Chêne	1			Moustique	6
Okoume	1			Ascaris	0
				Trichomonas	1

BACTERIES

Tests faits 37	+	-
Pneumocoque, Fraenkel, Lancefield, Salivarius	1	2,7
Coryza, grippe, Friedlander	2	5,4
Brucellas	23	62,2
Streptocoque viridans	3	8,1
Biacutus, Fusiforme, Escherichia coli, Pyocyanique, Pyogène du boeuf, staphylocoque blanc	2	5,4

Il est à noter que sur les 23 résultats positifs aux brucellas, 19 représentaient la seule réaction aux tests bactériens, soit 51,3 des examens pratiqués

FLEURS

Fleurs du printemps	8
Fleurs du début de l'été	10
Fleurs du milieu de l'été	8
Fleurs de la fin de l'été	4

A N N E X E V

RESULTATS DES TESTS SYSTEMATIQUES

Chaque allergène est suivi de trois chiffres. Le premier est le nombre de résultats positifs, le deuxième le pourcentage qu'il représente par rapport à son groupe, le dernier le pourcentage par rapport aux 87 résultats positifs.

Pollens	+	%	%
Aster	9	27,3	10,3
Bruyère	5	15,1	5,7
Aubépine	9	27,3	10,3
Oeillet	14	42,4	16,1
Troène	5	15,1	5,7
Lupain	9	27,3	10,3
Plantain	9	27,3	10,3
Rosier	12	36,4	13,8
Verge d'or	7	21,2	8,0
Armoise	11	33,3	12,6
Oseille	13	39,4	14,9
Arroche	9	27,3	10,3
Ortie	12	36,4	13,8
Flouve	22	66,7	25,2
Avoine	20	60,6	23,0
Dactyle	25	75,7	28,7
Ivraie	24	72,7	27,6
Phléole	20	60,6	23,0
Paturin	22	66,7	25,3
Erable	13	39,4	14,9
Bouleau	11	33,3	12,6
Noisetier	10	30,3	11,5
Frène	9	27,3	10,3
Platane	12	36,3	13,8
Pseudotsuga	7	21,2	8,0
Chêne	10	30,3	11,5
Saule	11	33,3	12,6
Tilleul	9	27,3	10,3
Orme	13	39,4	14,9
Maronnier	10	30,3	11,5
Robinier	12	36,3	13,8
Peuplier	10	30,3	11,5
Hêtre	9	27,3	10,3

ANNEXE V (suite)

Moisissures			
Altenaria	12	33,3	13,8
Aspergillus	15	41,7	17,3
Cladosporium herbarum	10	27,8	11,5
Neurospora	13	36,1	14,9
Mucor	14	38,9	16,1
Penicillium	10	27,8	11,5
Chaetonium	5	13,9	5,7
Epicoccum	5	13,9	5,7
Fusarium	5	13,9	5,7
Pullularia	6	16,7	6,7
Botrytis	11	30,5	12,6
Cladosporium fulvum	11	30,5	12,6
Merulius	17	47,2	19,5
Puccinia	11	cf nota	
Ustilago	15	41,7	17,2
Saccharomyces	15	41,7	17,2
Psalliota	14	38,9	16,1
Candida albicans	11	30,5	12,6
Trichophyton	9	25,0	10,3
Pneumallergènes d'origine animale			
Plumes	20		23,0
Cheval	14		16,1
Chat	22		25,3
Chien	21		24,1
Lapin	22		25,3
Mouton	24		27,6
Fourrures	31		35,6
Vache	23,6		24,1
Cheveux	25		28,7
Chèvre	12		13,8
Chameau	20		23,0
Pneumallergènes d'origine végétale et textile			
Soie naturelle	1		1,1
Bourre de coton	3		3,4
Kapok	3		3,4
Laine (textile)	2		2,3
Crin végétal	3		3,4
Nylon	2		2,3
Soie artificielle	2		2,3
Fibre de lin	0		0

Nota : les tests aux puccinia n'ont pû être continués, faute d'allergènes. Les résultats ne sont donc que partiels.

Annexe V (suite)

Farines de céréales mélangées	6		6,8
Poussières de grains	8		9,2
Poussières de boulangerie	5		5,7
Jute	4		4,6
Graine de lin	4		4,6
Graine de coton	4		4,6
Graine de ricin	4		4,6
Racine d'Iris	5		5,7
Fumée de tabac	5		5,7
Allergènes alimentaires			
Froment	8	16,3	9,2
Avoine	9	18,4	10,3
Orge	7	14,3	8,0
Maïs	8	16,3	9,2
Seigle	6	12,2	6,8
Riz	6	12,2	6,8
Sarrasin	5	10,2	5,7
Blanc d'oeuf	8	16,3	9,2
Jaune d'oeuf	6	12,2	6,8
Lait	5	10,2	5,7
Fromage de camembert	5	10,2	5,7
Viandes de boeuf et veau	6	12,2	6,8
Viande de porc	5	10,2	5,7
Viande de mouton et agneau	4	8,2	4,6
Volailles	2	4,1	2,3
Poisson : sole	7	14,3	8,0
Poisson : maquereau	11	22,4	12,6
Crustacés : crevettes	12	24,5	13,8
Mollusques : moules	8	16,3	9,2
Pommes de terre	8	16,3	9,2
Haricots	9	18,4	10,3
Laitue	7	14,3	8,0
Moutarde	10	20,4	11,5
Oignon	6	12,2	6,8
Persil	10	20,4	11,5
Betterave	6	12,2	6,8
Concombre	4	8,2	4,6

Annexe V (suite)

Aurantiées (orange, citron, etc..)	5	10,2	5,7
Fruits de la famille de pêches	2	4,1	2,3
Fruits de la famille des fraises	2	4,1	2,3
Pomme	4	8,2	4,6
Banane	2	4,1	2,3
Groseille	3	6,1	3,4
Olive	1	2,1	1,1
Noix	2	4,1	2,3
Chataigne	1	2,1	1,1
Jus de raison	2	4,1	2,3
Houblon	2	4,1	2,3
Café torréfié	0	0	0

Vu, le Président de Thèse :
Professeur R. KOURILSKY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

ANNEXE VI

BIBLIOGRAPHIE

Nous devons souligner la minceur de ce chapitre et nous en excuser. Notre propos n'étant pas de faire une compilation de la très riche collection de publications concernant notre sujet, nous nous contenterons de citer les ouvrages de référence principaux, ainsi que quelques communications qui nous ont servi à comparer nos résultats à ceux d'autres auteurs. Nous nous permettons de rappeler notre but : montrer de façon aussi sincère que possible ce que nous avons fait et pu faire sur le plan pratique.

ANDRE E.L.N. Fréquence de l'allergie pulmonaire dans l'asthme
Thèse Paris 1958

BENCARD (laboratoires) Manual of Allergy

BLACKLEY Experimental researches on the cause and nature of catarrhus aestivus
Londres 1873

COOKE Robert A. On the constitutional reaction dangers of the diagnostic cutaneous tests and therapeutic injections of allergen
J. Immunology 1922 - 7 - 119 à 146.

COOKE R.A. New etiologic factors in bronchial asthma 1 bid. 147 à 162.

COOKE R.A. Allergy in theory and practice Saunders 1947

DELVER André Les manifestations de l'allergie dans l'asthme et leur traitement par désensibilisation Thèse Paris 1959

DOMINJON-MONNIER F., CARTON J., GUILBERT L., BURTIN P., BRILLE D. et KOURILSKY R.
Les épreuves ventilatoires aux moisissures atmosphériques Sté. fr. d'Allergie 18.11.61

DOMINJON-MONNIER F., CARTON J., BUFFE D., BURTIN P., BRILLE D. et KOURILSKY R. Etude comparative des seuils de réactions cutanées et ventilatoires à la poussière de maison et de leur intérêt diagnostique Sté. fse. d'Allergologie - n° 3 - Juillet Sept. 1961.

FEINBERG Allergy in practica Chicago 1946 2ème édition.

KOURILSKY R., BURTIN P. et MONNIER F. L'allergie à candida albicans. Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris 1959 - 75 - 391 à 399.

LAMY P. Problèmes posés par l'allergie respiratoire. Journée médicale d'information Nancy 18 Déc. 1960 (113 à 125).

PASTEUR VALLERY-RADOT Etudes chimiques, expérimentales et thérapeutiques sur l'allergie Expansion scientifique française 1952.

PASTEUR VALLERY-RADOT Précis des maladies allergiques Flammarion Paris 1948

PASTEUR VALLERY-RADOT et HALPERN B.N. Thérapeutique des états allergiques G.M. de France Bilan Thérapeutique 1951 23 à 25

SCLAFER J. L'allergie à Candida Albicans Sem. Hôp. Paris 1957 21 - 33 - 1330 à 1339.

TABART et BIMONT G. Détermination des pollens provoquant la fièvre des foins dans la région parisienne. Presse médicale 15 avril 1952.

VAUGHAN Warren T. Primer of allergy Mosby St-Louis 1954 4ème édition.

VAUGHAN W.T. et BLACK Pratice of allergy Mosby St-Louis 1954

WARTER discussion à la séance du 24 Fév. 1962 de la Soc. Med. du Bas-Rhin.

WOLFROMM R. Allergie G.M. de France Bilan thérapeutique 1951 - 56

WOLFROMM R. Conférence sur l'allergie microbienne Soc. Med. du Bas-Rhin 24 Fév. 1962

TABLE DES MATIERES

Introduction..... page 1

Technique et organisation..... - 4

Discussion de nos méthodes..... - 7

Incidences financières..... - 11

La désensibilisation..... - 13

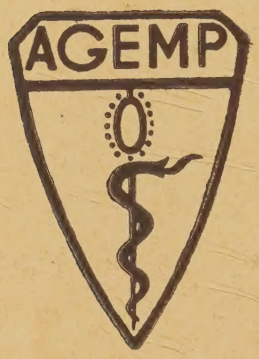
Résultats chiffrés..... - 14

Autres résultats..... - 18

Quelques problèmes particuliers..... - 20

La désensibilisation..... - 23

Conclusion..... - 25



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90